Detektivische Suche nach den Ursachen

Diagnostik und Therapie der Proktitis

© fotomek/fotolia

Die Symptome sind immer ähnlich, die Ursachen aber können vielfältig sein. Bei der Diagnostik der Proktitis ist deshalb detektivischer Spürsinn gefragt. Doch nur wenn die Ursache der Beschwerden erkannt ist, kann die Proktitis effektiv behandelt werden.

Eine gesteigerte Stuhlfrequenz, oftmals verbunden mit einem imperativen Stuhldrang, schleimig-blutige Diarrhoe und Tenesmen, ein reduziertes Allgemeinbefinden und eventuell auch Fieber – das sind die wesentlichen Beschwerden von Patienten mit einer Proktitis. „Die Symptomatik lässt jedoch leider keine Rückschlüsse auf die Ätiologie zu“, berichtete Dr. Gerd W. Kolbert vom edh-End- und Dickdarmzentrum in Hannover beim IX. Lüneburger Gastroenterologischen Seminar der Falk Foundation e.V.

Es bleibt somit zunächst der Anamnese vorbehalten, zu klären, wodurch die Entzündung im unteren Rektum verursacht ist. Dabei muss nach Vorerkrankungen und Voroperationen, einer Strahlentherapie und nach der Einnahme von Medikamenten als potenziellem Auslöser gefragt werden. „Wichtig ist ferner das Erheben einer Sexualanamnese“, betonte Kolbert. Therapeutisch wegweisend kann zudem die endoskopische Diagnostik sowie eine Mikrobiologie mit Stuhlkulturen und Abstrichen aus dem Rektum sein.

Häufigste Krankheitsform: Die Proktitis ulcerosa

Als häufigste Krankheitsform nannte der Mediziner die Proktitis ulcerosa, die zum Beispiel als Begleitreaktion eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa auftreten kann. Therapeutisch ist im akuten

Schub topisches Mesalazin (z.B. Salofalk® 1g Suppositorien/Tag, alternativ Schaum/Klysma) angezeigt. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit kann zusätzlich orales Mesalazin verabreicht werden und eventuell auch ein topisch wirksames Steroid wie Budesonid.

An die Therapie des akuten Schubs sollte sich zum Remissionserhalt eine mindestens zweijährige Behandlung mit topischem Mesalazin von mindestens 1g Suppositorien/Tag anschließen. Bei mangelnder Wirksamkeit sind eine oral/rektale Kombination von Mesalazin und gegebenenfalls eine Dosissteigerung angezeigt. Alternativ kommen Azathioprin oder ein TNF- α -Antikörper in Betracht und bei Vorliegen einer Mesalazin-Unverträglichkeit auch E. coli Nissle 1917.

Mechanisch bedingte Proktitis ausschließen

Stets auszuschließen ist die Möglichkeit einer mechanisch bedingten Proktitis. Deren Ursachen können vielfältig sein: Die Entzündung kann durch einen Rektumprolaps verursacht sein, durch einen Fremdkörper, durch Druck von außen beispielsweise durch ein Vaginalpessar, durch eine Stuhlimpaktion oder ein Ulcus simplex recti. „Auch muss man an Externa als Ursache denken, zum Beispiel an die Anwendung von Seifen, Formalin, Alkohol und Mundwasser“, erläuterte Kolbert. Es sollte außerdem das Einbrin-

gen von heißem Wasser und/oder heißem Kaffeesatz in Betracht gezogen werden. „Solche Maßnahmen sind in der Naturheilkunde nicht unüblich“, erklärte Kolbert.

Therapeutisch geht es darum, den Auslöser zu beseitigen. Die Behandlung erfolgt zunächst konservativ etwa in Form stuhlregulierender Maßnahmen (z. B. mit Indischen Flohsamenschalen) einschließlich eventuell notwendiger rektaler Entleerungshilfen.

An die Möglichkeit einer Strahlenproktitis denken

Zu denken ist stets auch an die Möglichkeit einer Strahlenproktitis. Dabei muss zwischen dem akuten Stadium mit direkter radiogener Schädigung der Mukosazellen und dem chronischen Stadium, einem Strahleneffekt auf die Blutgefäße und das Bindegewebe, unterschieden werden.

Bei der Strahlenproktitis ist im akuten Stadium, also in den ersten sechs Wochen nach der Bestrahlung, obwohl nicht zugelassen, eine Behandlung mit topischem Mesalazin oder Sucralfat angezeigt. Im chronischen Stadium kann ein Therapieversuch mit einer Argon-Plasma-Koagulation erfolgen. Es gibt zudem Daten, wonach Thalidomid eine wirksame Option sein kann. Insgesamt aber ist die Evidenzlage eher dürftig, erläuterte Kolbert.

Eine potenziell durch Medikamente bedingte Proktitis ist in Betracht zu ziehen, wenn der Patient erklärt, nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) oder Acetylsalicylsäure (ASS) einzunehmen. Weitere mögliche Ursachen können die Einnahme von Ovulationshemmern, Laxantien oder auch Methyldopa sein. In solchen Fällen ist, wenn möglich, eine Umstellung der medikamentösen Therapie vorzunehmen.

Christine Vetter

Besuchen Sie das nächste Falk Gastro Forum „Konservative und operative Therapie bei Erkrankungen von Leber und Ösophagus“ am Samstag, den 28. Oktober 2017 in Dresden; Infos: www.falkfoundation.de/veranstaltungen

IX. Lüneburger Gastroenterologisches Seminar, 15.-17. Juni 2017, Veranstalter: Falk Foundation e.V.